

PENATALAKSANAAN PASCA TERPAJAN / TERTUSUK INSTRUMEN KEDOKTERAN GIGI KETIKA MERAWAT PASIEN GIGI-MULUT (OCCUPATIONAL EXPOSURE)

Harum Sasanti Yudoyono

Bagian Ilmu Penyakit Mulut Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Indonesia

Harum Sasanti Yudoyono: Penatalaksanaan Pasca Terpapar/Tertusuk Instrumen Kedokteran Gigi Ketika Merawat Pasien Gigi-Mulut (Occupational Exposure). *Jurnal Kedokteran Gigi Universitas Indonesia*. 2000; 7 (Edisi Khusus): 774-781

Abstract

Dental health personels are in high risk position to get injury due to dental instrument accident during dental practice. So, this is important for dental health personnel to know how to manage properly and having a guidelines for this situation. Accidental management protocol is a part of "Universal precaution", or a part of infection control management, in order reducing the possibility of disease exposure from patient. This article reviews a practical guidelines for dental health personnel how to manage injuries caused by dental instrument during practice.

Abstrak

Risiko terjadi kecelakaan pada tenaga kesehatan gigi ketika melakukan kegiatan profesinya cukup besar. Untuk itu perlu bagi para tenaga kesehatan gigi mengetahui langkah-langkah penatalaksanaan cedera karena tertusuk jarum/ instrumen kedokteran gigi dengan benar. Penanganan cedera karena melakukan profesi kedokteran gigi merupakan bagian dari kewaspadaan universal dalam hal pengendalian infeksi, agar kemungkinan tertular penyakit pasien dapat diperkecil. Pada makalah ini dibahas penatalaksanaan dan langkah-langkah yang perlu dilakukan oleh tenaga kesehatan gigi bila mengalami cedera karena tertusuk jarum atau instrumen kedokteran gigi saat merawat pasiennya.

Infeksi Virus Herpes Simpleks (HSV).

Pada orang dengan kekebalan tubuh yang lemah, infeksi HSV-1 maupun HSV-2 memunculkan gejala yang agresif dan parah, dengan didahului oleh gejala prodromal yang lebih berat dibandingkan dengan populasi umum, dan respon penyembuhannya lebih lambat. Gejala sistemik yang mendahului lesi meliputi : demam, malaise, limfadenopati servikal. Sedangkan gejala di mulut berupa ulserasi multipel dan rasa nyeri yang menonjol terutama pada lesi linear gingival eritema. Distribusi lesi ulser dapat meliputi seluruh mukosa mulut termasuk mukosa yang berkeratin (attached gingiva, palatum durum, alveolar ridge).

Gambaran lesi berupa ulserasi kecil (1 mm), multipel, dangkal, bulat atau lonjong, beberapa lesi yang berdekatan dapat menyatu membentuk lesi lebih besar dengan tepi tidak teratur, ditutupi pseudomembran putih abu-abu yang terasa nyeri. Umumnya lesi sembuh dalam 7- 10 hari, tetapi pada pasien imunokompromis menjadi lebih lama, dapat lebih dari 3 minggu.^{1,3,4}

Diagnosis ditegakkan selain dari gejala subyektif dan obyektif, perlu pula pemeriksaan penunjang yaitu histopatologis dengan menemukan sel berinti banyak dan adanya degenerasi balon. Untuk membedakan antara HSV-1 dan HSV-2 membutuhkan waktu lama berhubung perlu dilakukan identifikasi virus melalui kultur atau tes antibodi monoklonal. Beberapa literatur melaporkan bahwa ulserasi karena HSV-2 cenderung lebih umum dalam rekurensinya, dan lebih sering resisten terhadap terapi anti virus.⁴

Terapi untuk infeksi HSV baik yang rekuren intra oral ataupun rekuren herpes labialis yang luas perlu diberikan antivirus sistemik yang adekuat. Untuk itu dapat diberi asiklovir dengan dosis 5 kali 200 mg per hari selama tujuh sampai sepuluh hari. Untuk keadaan dimana VHS mengalami resisten terhadap asiklovir, maka obat dapat diganti

dengan Gansiklovir atau dengan Foskarnet. Masalahnya obat-obat ini lebih besar efek samping yang dapat ditimbulkan dibandingkan asiklovir.^{1,4}

Infeksi Virus Varicella Zoster (VZV).

Komplikasi oleh virus VZV umum terjadi pada penderita imunokompromis khususnya HIV/AIDS. Virus ini mampu menimbulkan kondisi yang parah dan dapat mengancam jiwa pasien, terutama bagi yang kondisi imunnya sudah sangat rendah (< 200 sel/mm³). Komplikasi ini bukan merupakan infeksi primer, tetapi merupakan reaktivasi VZV laten yang sembunyi pada ganglion saraf, karena rendahnya imunitas tubuh, virus mendapat kesempatan untuk muncul kembali dan menimbulkan sakit kedua (primernya varicella).¹

Gejala yang timbul berupa vesikel bergerombol yang segera pecah menjadi ulserasi kecil multipel, dangkal dengan dasar kemerahan, sangat nyeri, distribusinya sesuai dengan cabang saraf sensoris yang terkena dan unilateral. Saraf yang paling sering terkena pada daerah leher / kepala adalah nervus V dan VII, sehingga lesinya dapat menyebar pada rongga mulut dan kulit wajah. Diagnosisnya relatif mudah ditegakkan dengan melihat cirinya yang khas yaitu distribusinya yang "unilateral segmental".

Pemberian obat untuk VZV perlu sesegera mungkin untuk mencegah lesi lebih meluas. Dapat diberi asiklovir dengan dosis 800 mg lima kali sehari selama tujuh sampai sepuluh hari. Harus diperhatikan bahwa asiklovir dengan dosis tinggi dapat merusak ginjal, sehingga untuk menghindari komplikasi tersebut perlu diketahui dengan pasti kondisi ginjal pasien sebelumnya, dan monitoring selama pemakaiannya.¹⁻⁵

Infeksi Sitomegalovirus (CMV)

Manifestasinya berupa ulser tunggal tidak spesifik dengan ukuran besar, nyeri dan

sulit sembuh, yang dapat timbul pada bagian mukosa mulut yang manapun. Infeksi oportunistik ini biasanya timbul pada penderita HIV/AIDS yang jumlah CD4 nya sudah sangat rendah yaitu dibawah 100 sel/mm³.⁽⁵⁾ Timbulnya dapat mengindikasikan stadium awal dari infeksi CMV yang meluas (diseminata). Sebelum diberlakukan medikasi profilaksis untuk CMV, virus ini dapat menyebabkan 25 % kematian pada penderita AIDS. Salah satu penelitian melaporkan 53 % dari seluruh ulserasi pada mukosa mulut orang dengan HIV positif memperlihatkan adanya keterlibatan CMV. Bahkan pada 28 % penderita dijumpai CMV dan HSV bersamaan, yang diduga ada dua kemungkinan dapat terjadi. Virus HSV merupakan super infeksi, atau adanya CMV menyebabkan HSV yang laten mendapat kesempatan untuk reaktivasi. Komplikasi CMV selain timbul di mulut yang paling sering adalah CMV retinitis. Oleh karena itu bila dijumpai oral CMV pada penderita HIV, maka pasien perlu segera dikonsultasikan ke dokter spesialis mata, agar terjadinya kebutaan dapat segera dicegah.⁴

Diagnosis dipastikan melalui pemeriksaan histopatologi dengan mikroskop cahaya atau mikroskop elektron untuk menemukan sel dengan "intranuclear inclusion". Cara lain yaitu dengan tes antibodi monoklonal.

Perawatannya dengan memberikan antivirus Gansiklovir atau Foscarnet secara intravena, dengan demikian pasien perlu dirawat di rumah sakit.^{4,6}

Infeksi Bakteri

Tuberculosis.

Penyakit ini ditularkan melalui udara. Walau organ yang paling utama terserang kuman *Mycobacterium tuberculosis* adalah paru-paru, tetapi pada individu yang lemah kekebalan tubuhnya, organ dan jaringan manapun mudah terserang olehnya tak

terkecuali mukosa mulut. Lesi ulser TBC di mulut merupakan lesi tunggal, kronis, granulomatosa, disertai nyeri yang "deep seated". Lokasi ulser lebih sering pada tepi lidah, palatum, mukosa pipi dan sudut mulut.

Diagnosis melalui tes suntikan antigen TB pada kondisi HIV positif sulit karena akan memberikan hasil yang false negatif. Maka diagnosis hanya dipastikan dengan pemeriksaan mikroskopis menggunakan pewarnaan basil tahan asam. Biasanya adanya lesi TBC di mulut tidak berdiri sendiri, tetapi disertai lesi tuberkulosis di bagian tubuh yang lain, mungkin di paru-paru, kelenjar limfe dan lain-lain. Karena itu perawatannya dilakukan terpadu dengan dokter ahli yang terkait. Umumnya pasien diberi obat kombinasi Isoniazid, Ethambutol dan Rifampicin. Dokter gigi bertanggung jawab menangani kebersihan mulutnya serta perawatan suportif dan simptomatis terhadap lesi oralnya.^{4,6}

Sifilis

Penyebab penyakit ini kuman *Treponema pallidum* yang ditularkan melalui kontak seksual. Beberapa laporan menyebutkan bahwa transmisi melalui oral juga dapat terjadi. Sifilis merupakan infeksi yang berlangsung secara sistemik dan kronik dengan perjalanan penyakit melalui beberapa stadium. Bila kontak dengan kuman terjadi pada mukosa mulut, maka manifestasi stadium I akan timbul pada mukosa mulut sesuai dengan tempat dimana kuman pertama kali masuk. Pada tempat tersebut akan terjadi ulkus durum yang soliter. Sedangkan stadium II lesi bukan berbentuk ulser tetapi plak berwarna putih datar dan licin yang disebut "mucous patches". Bila penyakit ini tidak diobati sampai tuntas maka bertahun-tahun setelah stadium II akan muncul stadium III dengan manifestasi di mulut berupa ulser nekrotik (gumma) yang dapat menyebabkan perforasi pada palatum.

Terapi diberikan terpadu dengan spesialis kulit dan kelamin berupa pemberian

preparat penisilin dengan suntikan intramuskular, selain terapi lokal yang diperlukan untuk lesi di mulutnya. Perlu diingat oleh dokter gigi bahwa lesi oral sifilis sangat infeksius, sehingga perlu ditangani dengan hati-hati dan harus menerapkan kewaspadaan universal.^{4,6}

Necrotizing Ulcerative Stomatitis (NUS).

Disebabkan oleh kuman golongan *Spirochaeta* dan *Fusiformis*, sama dengan kuman yang dijumpai pada kasus ANUG. Manifestasinya ditandai oleh lesi ulserasi disertai nekrosis yang destruktif, meluas dari periodonsium ke daerah gingiva yang unattached. Umumnya timbul pada kondisi imunitas tubuh yang sangat rendah ($CD4 < 100 \text{ sel/mm}^3$). Diagnosisnya melalui pemeriksaan kuman, dengan membuat sediaan dari usapan lesi dan diberi pewarnaan gram, untuk menemukan kuman berbentuk cerutu dan spiral.^{4,7}

Perawatan untuk kelainan ini secara sistemik diberikan metronidazol 3 kali 200 mg selama 3 hari disertai perawatan lokalnya berupa irigasi lesi atau kumur-kumur dengan larutan klorheksidin selama 1 menit dua kali sehari. Bila tidak tersedia larutan klorheksidin, dapat dipakai hydrogen peroksida 1.5 – 3 %. Perlu instruksi pemeliharaan higiene mulut yang baik dan menghilangkan faktor iritan lokal agar tidak terjadi kekambuhan kembali.^{5,6,8}

Infeksi Jamur

Kandidiasis mulut.

Samaranayake melaporkan insidens Kandidiasis mulut pada pasien dengan HIV mencapai 95%. Jadi tidak diragukan lagi infeksi *Kandida* hampir selalu timbul menyertai keadaan sistemis pasien yang buruk khususnya penurunan kekebalan tubuh. Kandidiasis mulut memiliki manifestasi klinis 4 macam yaitu oral thrush atau

Kandidiasis pseudomembran. Kandidiasis eritematosa atau atropik. Kandidiasis hiperplastik, dan Angular cheilitis. Tetapi yang dapat berpenampilan ulser hanya tiga yaitu atropik, hiperplastik dan angular cheilitis.⁴

Dari ketiga tipe ulserasi kandida tersebut yang paling sering timbul adalah yang atropik kandidiasis dengan gambaran berupa lesi merah, erosi, atau ulser dengan indurasi, biasanya pada palatum keras atau lunak dan dorsum lidah. Penampilan *Kandida* hiperplastik berupa plak putih yang luas, tidak dapat dihilangkan dengan kerokan, bila berlangsung lama dapat terbentuk ulser. Tipe ini terjadi menyertai keadaan immunosupresi yang parah. Pada tipe angular cheilitis seringkali yang berperan tidak hanya *C. albicans* tetapi juga kuman *S. aureus*. Pada sudut bibir terjadi celah-celah radier dengan dasar merah, disertai nyeri, dapat timbul bilateral. Bagian mukosa sudut mulut (intra oral) juga dapat timbul lesi ulser yang linier.

Untuk memastikan diagnosis selain dari gejala klinis perlu pemeriksaan mikologi atau pemeriksaan histopatologi menggunakan pewarnaan PAS.

Terapi untuk kandidiasis atropik diberikan : Nistatin oral suspensi 5 kali 200.000 U/ hari selama 1-2 minggu, atau flukonazol/ketokonazol 100-200 mg sekali sehari sampai lesi sembuh. Untuk kandidiasis hipertropik dapat diberikan flukonazol atau ketokonazol 100-200 mg sekali sehari, atau amphotericin B intravena 0.25-1.00 mg/kg selama 2 sampai 6 jam. Sedangkan untuk angular cheilitis diberi salep mengandung nistatin /miconazole 2% / cotrimazole 1%.⁴⁻⁶

Infeksi Jamur Dalam (Deep seated mycoses)

Penyakit ini dalam keadaan biasa jarang terjadi. Beberapa kasus dilaporkan terjadi pada pasien dengan HIV positif yang parah dan progresif. Penyebabnya jamur

Histoplasma capsulatum dan Cryptococcus neoformans. Manifestasi ulser tidak spesifik, ukuran besar dan dalam, meluas dan progresif disertai nekrosis. Dapat perforasi ke jaringan yang terkait misalnya palatum tembus ke rongga hidung. Diagnosis ditegakkan dengan pemeriksaan histopatologi.

Perawatan umumnya dilakukan di rumah sakit, karena pemberian antijamur amphotericine B dilakukan secara intravena. Untuk palatum yang mengalami perforasi dapat direhabilitasi dengan dibuatkan obturator agar fungsi makan dan bicara dapat diperbaiki. Penting pemeliharaan oral hygiene yang optimal untuk mencegah komplikasi maupun superinfeksi dengan mikroorganisme yang lain.^{4,5,9}

Neoplasma

Sarkoma Kaposi (KS)

Dalam kasus HIV/AIDS, Sarkoma kaposi (KS) adalah neoplasma yang paling sering ditemukan. Etiologi KS diduga kuat adalah peran dari virus herpes 8 (HHV-8). (4) Penemuan lesi ini di mulut penting artinya karena 20-70 % kasus HIV/AIDS dengan KS manifestasi awalnya KS terjadi di rongga mulut. Telah diteliti bahwa munculnya lesi ini dapat dijadikan petunjuk untuk diagnosis AIDS. Selain itu dari penelitian dibuktikan timbulnya KS erat kaitannya dengan rendahnya limfosit CD4 yaitu $< 200 \text{ sel/mm}^3$. Perubahan klinis dari makula datar menjadi noduler juga dikaitkan dengan makin buruknya imunitas tubuh.

Lesi dimulai dengan makula berwarna merah, biru atau ungu. Perkembangan selanjutnya berubah menjadi nodul yang meluas dengan cepat dan sering disertai ulserasi. Palatum lunak dan keras merupakan lokasi utama untuk manifestasi KS mulut dari AIDS, diikuti oleh gingival dan mukosa mulut lainnya lebih jarang. Bila pada daerah lesi ada trauma umumnya akan

terdapat rasa sakit. Perlu dibedakan antara lesi KS dengan Limfoma malignum dan lesi Bacillary epithelioid angiomatosis di mulut yang secara klinis hampir mirip, melalui pemeriksaan histopatologis.

Belum ada pengobatan yang mampu menyembuhkan penyakit ini. Terapi yang dilakukan hanya untuk mengurangi luas dan jumlah lesi dengan pembedahan atau radiasi. Dosis radiasi untuk KS mulut merupakan dosis rendah (800-2000 rad). Walau rendah sudah cukup menyebabkan komplikasi oral stomatitis yang perlu penatalaksanaan tersendiri seperti pemberian obat kumur klorheksidin 0.12 % dan anestetikum topical agar pasien tetap dapat makan dengan baik.^{4,6}

Limfoma Non Hodgkin (NHL)

Jenis limfoma ini paling sering bermanifestasi di mulut pasien HIV, yang sudah mengalami penurunan jumlah sel CD4 dibawah 100 sel/mm^3 . Dan lesi mulut adalah manifestasi awal dari NHL. Timbul pada usia lebih muda dibandingkan dengan NHL yang tanpa HIV.

Secara klinis dapat berupa makula atau ulser atau massa yang berkembang dengan cepat di daerah palatum atau gingival. Gejala lain adalah nyeri yang intens pada gigi, gigi-geligi goyang, pelebaran periodontal ligamen, paraestesia yang progresif.

Neoplasma ini mempunyai prognosis yang buruk, dengan rata-rata harapan hidup antara 6 bulan sampai 9 bulan. Perawatan meliputi eksisi, poli-khemoterapi dan radioterapi. Dokter gigi perlu melakukan terapi suportif dan simptomatis untuk rongga mulut agar keluhan pasien dapat lebih ringan dan fungsi mulut tetap terjaga.^{4,6}

Ulserasi karena obat-obatan.

Kebanyakan pasien HIV/AIDS memperoleh perawatan menggunakan berbagai macam jenis obat. Obat-obatan tersebut ditujukan untuk HIV nya sendiri

maupun untuk mengatasi infeksi oportunistik yang menyertainya termasuk untuk keganasan yang timbul. Karena itu lesi ini disebut juga kasus karena iatrogenik. Berbagai obat seperti zidovudin, foscarnet, ganciclovir, bleomycin, adriamycin, methotrexate, vincristin, vinblastin dan lain-lain sering mengakibatkan ulserasi pada mukosa mulut. Ulserasi pada mukosa mulut yang tak berkeratin biasanya dihubungkan dengan efek obat kemoterapeutika. Sedangkan ulserasi pada mukosa berkeratin lebih dipengaruhi oleh penurunan imunitas pasien (imunokompromis).

Perawatan untuk kondisi ini, suportif dan simptomatis serta memelihara hygiene mulut semaksimal mungkin.^{3,4}

Ulserasi Mulut Idiopatik.

Stomatitis Aftosa Rekuren Minor

Lesi ini tidak lebih sering timbul pada HIV dibandingkan bukan HIV. Tetapi sifat self limiting disease mungkin berubah dan penampilannya lebih parah, sembuh lebih lama. Ulser pada SAR minor berbentuk bulat atau oval, tepinya teratur, distribusinya pada mukosa tak berkeratin, ukuran < 1 cm, jumlah 1-5 ulser. Karena rendahnya reaksi radang yang timbul maka ciri lesi ulser yang dikelilingi oleh halo merah tidak tampak.

Untuk tipe minor ini terapi dengan kortikosteroid topical dapat mempersingkat waktu penyembuhan. Simtom nyeri dapat diatasi dengan pemberian anestetikum topical agar pasien dapat makan tanpa terganggu. Selain itu pemeliharaan hygiene mulut yang baik dan hilangkan iritan lokal perlu diperhatikan.¹⁰

Stomatitis Aftosa Mayor.

Prevalensi SAR mayor pada pasien HIV sekitar 3,1 %.¹¹ Walau frekuensinya rendah tetapi morbiditasnya cukup bermakna. Gambaran klasik dari lesi ini berupa ulkus

dalam dengan diameter lebih dari 1 cm, seperti kawah dengan nyeri yang menonjol. Lesi dapat bertahan beberapa minggu, dan setelah sembuh akan meninggalkan jaringan parut. Terjadinya SAR mayor dihubungkan dengan parahnya imunosupresi. Suatu penelitian melaporkan nilai median hitung sel CD4 pada SAR mayor pasien dengan HIV < 100 sel/mm³.

Perawatannya meliputi pengurangan reaksi imunitas setempat, menghilangkan simtom, dan infeksi bila terlihat tanda-tanda super infeksi. Dapat diberi glukokortikoid – steroid topical atau sistemik. Tetapi perlu diperhatikan bahwa pemberian untuk jangka waktu lama dapat memperparah kondisi imunosupresi.⁴ Pernah dilaporkan bahwa obat kumur yang terdiri dari campuran antimikroba, antijamur, dan glukokortikosteroid (Mile's mixture) berhasil menyembuhkan lesi ini.⁵ Keberhasilan lain pernah dicapai melalui terapi dengan levamisole 3 kali 50 mg sehari selama 3 hari diikuti dengan 11 hari kosong, dan siklus tersebut diulangi sebanyak tiga kali. Bila terapi konvensional tidak memuaskan, mungkin ini dapat dijadikan terapi alternatif.¹²

Ringkasan.

Pasien dengan infeksi HIV/AIDS dapat mengalami manifestasi pada mulut dengan berbagai macam bentuk lesi yang salah satu di antaranya berupa lesi ulser. Ulserasi mulut yang menyertai infeksi HIV berhubungan dengan etiologi yang sangat bervariasi, seperti virus, bakteri, jamur, neoplasma, efek obat/ iatrogenik, dan idiopatik. Menegakkan diagnosis berdasarkan gambaran klinis tidak mudah, karena kebanyakan lesi ini berubah karakteristiknya disebabkan oleh menurunnya imunitas pasien. Diperlukan pemeriksaan penunjang untuk membantu diagnosis atau diagnosis banding seperti histopatologi, kultur, antibodi monoklonal, hematologi dan lain-lain. Beberapa penyakit mulut pada

pengidap virus HIV. Diramalkan Asia akan menduduki tempat teratas menggantikan posisi Afrika sebagai benua dengan penduduk terbanyak menderita infeksi HIV. Indonesia sebagai salah satu negara di wilayah Asia Tenggara tentunya tidak akan lepas dari situasi tersebut. Gambaran infeksi HIV di Indonesia yang tercatat dalam laporan Departemen Kesehatan sampai dengan akhir Juli tahun dua ribu adalah 380 orang menderita AIDS, 961 orang pengidap HIV, yang mana DKI Jakarta tetap menjadi propinsi dengan penderita terbanyak, diikuti oleh propinsi Irian Jaya di tempat kedua.

Perjalanan penyakit infeksi HIV sampai menjadi AIDS akan memunculkan berbagai macam gejala maupun manifestasi penyakit infeksi oportunistik dan keganasan. Rongga mulut tidak terlepas sebagai bagian dari sistem organ tubuh, juga mengalami gejala-gejala dan memunculkan manifestasi penyakit akibat melemahnya imunitas tubuh karena serangan HIV. Infeksi oportunistik di rongga mulut juga akan dialami oleh pengidap HIV terutama yang sudah menderita AIDS. Penyebab infeksi oportunistik bermacam jenisnya, dapat karena jamur, bakteri, parasit dan virus. Infeksi oportunistik ini tidak semua merupakan infeksi baru. Sebagian adalah infeksi endogen atau infeksi laten yang karena melemahnya imunitas tubuh maka mendapat kesempatan untuk mengalami re-aktivasi sehingga berkembang menjadi penyakit.

Ulserasi merupakan lesi mulut yang paling banyak dialami oleh penderita infeksi HIV. Walau ulserasi yang timbul mempunyai gambaran yang mirip antara kasus satu dengan yang lainnya tetapi tidak berarti penyebabnya sama. Masalahnya selama ini klinikus lebih cenderung menganggap semua kelainan yang terjadi di dalam mulut adalah sariawan dan penyebabnya hampir selalu mengkambing hitamkan jamur *Kandida albicans*. Sedangkan infeksi *kandida* mempunyai 4 macam bentuk klinis, dan hanya sebagian saja yang penampilannya

berupa ulser. Lagi pula yang berbentuk ulserasi tidak selalu sariawan atau stomatitis aftosa.

Tujuan menulis makalah ini yaitu untuk menginformasikan kepada kalangan dokter gigi tentang manifestasi mulut berupa ulserasi yang dapat timbul pada individu terinfeksi HIV. Dengan informasi ini diharapkan para dokter gigi mempunyai wawasan yang benar tentang lesi ulserasi yang timbul pada penderita, serta dapat memberikan penatalaksanaan yang tepat dan rasional.

Lesi Ulser Pada Infeksi HIV

Lesi mulut yang paling banyak timbul pada penderita infeksi HIV adalah bentuk ulser, dapat single atau multiple. Lesi ini sering kali sulit dibedakan karena bentuknya yang hampir mirip antara satu penyakit dengan penyakit yang lain. Berbagai penyebab berperan menimbulkan lesi ini pada infeksi HIV, baik karena infeksi oportunistik maupun bukan. Virus, bakteri, jamur sering menjadi agen penyebab infeksi dengan manifestasi ulser. Bila bukan karena infeksi, kemungkinan lain adalah karena efek obat-obatan, idiopatik, neoplasma, atau dapat karena penyebab yang tidak jelas (*miscellaneous*).^{1,2,3,4}

Infeksi Virus

Virus Herpes merupakan kelompok virus yang paling banyak berperan dalam infeksi oportunistik di rongga mulut. Sampai saat ini telah diidentifikasi ada delapan jenis virus yang tergolong dalam kelompok virus herpes, dan diketahui ada empat jenis di antaranya yang dapat menyebabkan lesi ulserasi di mulut yaitu HSV-1, HSV-2, VZV, dan CMV. Pada penderita infeksi HIV, virus herpes simpleks merupakan penyebab ulserasi mulut yang paling sering terjadi.⁴

HIV/AIDS timbulnya berkaitan erat dengan penurunan jumlah sel CD4. Infeksi Kandida dapat timbul pada penurunan imunitas ringan ($200-400 \text{ sel/mm}^3$). Herpes zoster dan Sarkoma kaposi timbul pada supresi imun yang parah ($<200 \text{ sel/mm}^3$). Sedangkan infeksi CMV, NUS, NHL dan SAR mayor lebih sering timbul pada supresi imun yang sudah sangat rendah ($<100 \text{ sel/mm}^3$).

Penatalaksanaan lesi ini sesuai penyebabnya, dan dosis serta lamanya pengobatan tergantung pada kondisi imunitas pasien serta kemungkinan efek samping yang timbul. Terapi suportif dan simptomatis juga penting untuk mempercepat penyembuhan lesi dan meringankan keluhan pasien.

Daftar Pustaka

1. Reichart PA. Oral ulcerations in HIV Infection. In: Oral Diseases. London: Stockton, 1997; 180-2
2. Ficarra G. Oral ulcers in HIV-infected patients: an update on epidemiology and diagnosis. In: Oral Diseases. London: Stockton, 1997; 183-9
3. Ficarra G. Oral Ulcerations in Patients with HIV Infection: Etiology, Diagnosis, and Management. In: Oral Manifestations of HIV Infection. San Francisco: Quintessence books, 1995; 205-17
4. Kademani D, Glick M. Oral ulcerations in individuals infected with human immunodeficiency virus: Clinical presentations, diagnosis, management, and relevance to disease progression. Quintessence Int. 1998;29: 523-4
5. Glick M. Intraoral Manifestations Associated with HIV Disease. In: Dental Management of Patients with HIV. Pennsylvania: Quintessence books. 1994; 153-77
6. Croser D, Erridge P, Robinson P. HIV And Dentistry. A guide to dental treatment for patients with HIV and AIDS. BDA 1994; 4: 5-11
7. Glick M, Muzyka BC, Lurie D, Salkin LM. Oral manifestations associated with HIV-related disease as markers for immune suppression and AIDS. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1994;77: 344-9
8. Hartnett AC, Shiloah J. The treatment of acute necrotizing ulcerative gingivitis. Quintessence Int. 1991; 22: 95-100
9. Lucatorto F, Eversole LR. Deep mycoses and palatal perforation with granulomatous pansinusitis in aquired immunodeficiency syndrome : Case reports Quintessence Int 1993; 24: 743-8
10. MacPhail LA, GreenspanD, and Greenspan JS. Recurrent aphthous ulcers in association with HIV infection. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1992; 73: 283-8
11. Muzyka BC, Glick M. Major aphthous ulcers in patients with HIV disease Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1994; 77: 116-20
12. Glick M. Alternative therapies for major aphthous ulcers in AIDS patients. JADA 1992; 123: 61-5